TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur F. CASTELAIN

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE
DES MALADIES DES ENFANTS ET DE LA SYPHILIS INFANTILE
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE



LILLE
Imprimerie CASTIAUX, Grande Place, 13
1887



TITRES ET NOMINATIONS

1° DOCTEUR EN MÉDECINE (31 juillet 1869).

2° OFFICIER D'ACADÉMIE (août 1882).

3° PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD pendant l'année 1886.

4° CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE (6 novembre 1872).

5° PROFESSEUR SUPPLÉANT POUR LES CHAIRES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE (3 mai 1873).

6° CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE (septembre 1876).

7° CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE DES AFFECTIONS CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE (septembre 1876).

8° CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE DES MALADIES DES ENFANTS ET DE LA SYPHILIS INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE (1er novembre 1884).



SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT

1° Conférences d'anatomie faites comme chef des travaux anatomiques à l'École de médecine, de 1872 à 1875 . . . . **3** années

2° Cours de clinique complémentaire des affections cutanées et vénériennes à la Faculté de médecine ; de 1876 à 1884. . . . . **8** années

3° Cours de clinique complémentaire des maladies des enfants et de la syphilis infantile à la Faculté de médecine, de 1884 à ce jour. . . . . **3** années

14 années

De plus, chargé par la Faculté de médecine de Lille du Cours théorique d'accouchement pendant les années 1877-78, 1878-79.



TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1° Phlegmasies et abcès sous le muscle sterno-mastoïdien (*Thèse de doctorat* 1869, *Paris*).

2° De l'hématome du pavillon de l'oreille (1870).

3° De la luxation traumatique de la phalange unguéale du gros orteil (1870).

4° Note sur un cas remarquable de surcharge et de dégénérescence graisseuse du cœur (1872).

5° De la réduction en masse des hernies (1872).

6° Aperçu sur les progrès de l'obstétrique (1878).

7° De l'humorisme et de son rôle dans les phénomènes morbides suite de couches (1879).

8° De la céphalotripsie tête dernière, et de ses avantages dans les rétrécissements moyens du bassin (1882).

9° La circoncision est-elle utile? (1882).

10° Essai sur la pathogénie de la syphilis *(Pli cacheté déposé à l'Académie de médecine*, 1883).

11° De la trachéotomie chez les enfants à l'aide du ténaculum à lames séparées (1885).

12° Compte-rendu des travaux de la Société centrale de médecine du département du Nord pendant l'année 1886.



ANALYSE DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. *Phlegmasies et abcès sous le muscle sterno-mastoïdien*

(Thèse inaugurale, 1869, 31 juillet. Paris).

Avant la publication de ce travail inaugural, ce sujet n'avait été l'objet que d'une thèse, celle de M. Dumesthé, et pourtant par suite de leur fréquence relative et de leurs conséquences, les phlegmasies sous le muscle sterno-mastoïdien méritent bien d'être étudiées. Ces inflammations tirent tout leur intérêt de la place qu'elles occupent : non-seulement par suite de la profondeur à laquelle elles sont situées, le pus, au lieu de se porter vers la peau, peut fuser vers l'aisselle ou vers la poitrine, mais il peut aussi déterminer des accidents du côté des vaisseaux (phlébite ou ulcérations). L'auteur a pu réunir sept cas d'ulcération des vaisseaux (veine jugulaire interne, carotide) à la suite des abcès sous le muscle sterno-mastoïdien et sur ce nombre, cinq se sont produits dans le cours de la scarlatine; cette remarque fait ressortir jusqu'à un certain point la virulence du pus de cette maladie éminemment infectieuse.

Voici les conclusions :

1° Les phlegmasies situées sous le muscle sterno-mastoïdien siègent généralement dans les ganglions lymphatiques.

2° Ces inflammations se terminent souvent par suppurations.

3° Les abcès auxquels elles donnent naissance, ont une tendance particulière à fuser vers les parties voisines et à ulcérer les vaisseaux.

4° On donnera de bonne heure issue au pus.

2. *De l'hématome du pavillon de l'oreille.*

Ce travail sur l'hématome de l'oreille est surtout fait au point de vue étiologique. Tout le monde admet l'origine traumatiqtue de l'hématome des lutteurs et des enfants, mais la divergence commence pour expliquer le mécanisme de ces tumeurs chez les aliénés. Un certain nombre de spécialistes admettent pour l'hématome des aliénés également l'origine traumatique, mais d'autres auteurs croient que la tumeur sanguine de l'oreille chez les aliénés, est le résultat d'une altération du périchondre, altération causée par un trouble survenu dans la circulation de l'encéphale: c'est à cette interprétation que l'auteur de ce mémoire se range. L'importance de cette étiologie n'échappe à personne, car s'il existe un rapport entre l'hématome du pavillon de l'oreille et l'altération de la circulation cérébrale, le développement d'une semblable tumeur pourrait faire présager l'apparition d'une affection du cerveau (paralysie générale). La question est encore pendante de nos jours, mais il est à noter que Brown-Sequard est allé plus loin que ses devanciers, puisqu'il croit que la formation de l'hématome est liée à l'altération d'un point précis du cerveau, des corps restiformes.

3. *De la luxation de la phalange unguéale du gros orteil.*

Les traités de pathologie externe les plus complets ne contiennent que cinq cas de luxation des phalanges des orteils et ne consacrent que quelques lignes à cette lésion. L'auteur fait connaître deux nouveaux exemples de cette luxation et cherche d'après l'analyse de toutes les observations à donner de cette affection une description qui, jusqu'alors, n'a pas été faite. Cet opuscule contient aussi un nouveau moyen de réduction, car vu le peu de prise offert par la dernière phalange, les moyens ordinaires ne suffisent pas toujours pour remettre en place l'os luxé.

4. *Note sur un cas remarquable de surcharge et de dégénérescence graisseuse du cœur.*

Ce qu'il y a de réellement remarquable dans cette observation, c'est la diminution considérable du nombre des pulsations : le chiffre de vingt pulsations est regardé comme le chiffre minimum compatible avec la vie et bien que la personne, qui fait le sujet de cette observation, n'en avait que vingt-huit, elle vaquait encore à ses occupations. La cause de cette surcharge et de cette dégénérescence du cœur, est également restée inconnue, car le malade ne présentait pas d'affection du cœur, et il n'était pas atteint d'une de ces maladies générales susceptibles d'amener cette altération profonde.

5. *De la réduction en masse des hernies*

(In-8 de 48 pages)

Cette étude comprend l'histoire des hernies étranglées et non étranglées réduites en masse, mais vise principalement la réduction complète en masse des hernies étranglées. L'auteur s'est entouré de tous les documents publiés en France du moins sur cette intéressante question et malgré les symptômes qui, à son avis, peuvent être assignés aux hernies réduites en bloc ; il reconnaît qu'il est parfois bien difficile d'arriver à un diagnostic précis. Non-seulement des maladies chirurgicales comme le volvulus et l'ileus ressemblent beaucoup à une hernie étranglée réduite en bloc, mais on peut également prendre une hernie ainsi repoussée dans l'abdomen pour une péritonite herniaire. Les plus grands chirurgiens ont commis de semblables méprises et la précision dans le diagnostic est cependant bien importante, car une hernie étranglée réduite en bloc, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, est presque fatalement suivie de mort. Aussi en se basant sur l'insuffisance des signes fournis par l'examen même le plus minutieux du malade, et sur les terribles conséquences de l'expectation,

l'auteur conseille-t-il, comme Luke, dans les cas douteux, de faire au devant de l'anneau suspect une incision suffisante pour pouvoir s'assurer si la hernie est oui ou non réduite en masse. De deux choses, l'une, ou bien l'incision montre que l'anneau est encore occupé par un sac vide et alors on arrête là l'opération, ou bien l'incision permet, dans un anneau dilaté, de tomber directement sur le cordon et dans ce cas l'incision exploratrice n'est que le commencement d'une opération qu'il est de toute nécessité de pratiquer.

Conclusions :

1° Les cas de hernies étranglées réduites en bloc sont assez rares.

2° A part quelques exceptions très peu nombreuses, l'étranglement est toujours produit par le collet du sac.

3° La réduction en bloc est relativement plus souvent l'œuvre des malades que du médecin.

4° La mort est la terminaison presque forcée des hernies étranglées réduites en bloc, abandonnées à elles-mêmes.

5° Une fois la réduction en bloc reconnue, la seule chose qui puisse sauver le malade c'est, à l'aide d'une incision pratiquée à la paroi abdominale, d'aller chercher le sac et l'intestin qui y est contenu et de débrider l'agent constricteur.

6. *Aperçu sur les progrès de l'obstétrique.*

(In-8 de 69 pages).

Après avoir rendu un juste tribut aux notions obstétricales des anciens et avoir fait observer pourquoi cette partie de la médecine est restée longtemps en retard sur les autres branches, l'auteur indique rapidement les principales connaissances dont on était en possession au moment où vivait Ambroise Paré, et partant de ce point de départ, s'efforce de montrer comment l'obstétrique s'est peu à peu constituée.

En parcourant ce travail on peut donc saluer au passage toutes les découvertes qui ont fait époque; on y voit Mauriceau saisir le premier le rapport qui existe entre la boiterie et les

rétrécissements du bassin, Dewenter s'attacher à l'étude de l'axe du bassin, connaissance considérée aujourd'hui comme capitale, Chamberlan inventer le forceps, Roonhuyssen construire le levier, Simon s'efforcer de faire revivre l'opération césarienne, condamnée à différentes reprises par les oracles de leur époque, Sigault tenter, mais en vain, de détroner l'hystérectomie par la section de la symphyse pubienne, Solayres, dans le but de rendre plus méthodique l'étude des accouchements, ébaucher une nomenclature, Macaulay et Cooper proposer, l'un l'accouchement prématuré, l'autre l'avortement provoqué....

La part qui revient au XIXe siècle est également considérable, le céphalotribe est inventé par Baudelocque, le chloroforme est transporté par Simpson dans la pratique obstétricale, l'auscultation, si féconde en renseignements précieux, est fondée par Depaul, le microscope permet aux accoucheurs d'élucider la structure du placenta, de comprendre la pathogénie de la caduque, de démontrer la nature de la môle, enfin le mécanisme de l'accouchement, grâce à l'esprit synthétique de M. Pajot, est ramené à une seule loi, celle de l'accommodation.

De si grands progrès devaient naturellement restreindre le nombre des découvertes à faire, aussi, dans ces dernières années, s'est-on surtout occupé de perfectionner ce qui avait déjà été trouvé, et la partie instrumentale est peut-être celle, qui a le plus excité l'esprit inventif des accoucheurs. De nombreuses modifications ou additions ont été faites au céphalotribe, les tractions mécaniques ont été préconisées dans les accouchements laborieux, enfin, dans le but de faire disparaître quelques imperfections du forceps ordinaire, M. Tarnier a fait construire le forceps à aiguille.

---

7. *De l'humorisme et de son rôle dans les phénomènes morbides, suites de couches.*
(In-8 de 72 pages).

Parmi les systèmes, qui ont eu la prétention de tout expliquer, il y en a eu un, qui a obtenu plus de vogue que tous les autres, c'est l'humorisme. L'auteur rappelle en quelques mots ce qu'était l'humorisme ancien, indique la manière bizarre dont les partisans de ce système comprenaient la constitution de notre corps et la composition de nos humeurs à l'état normal et à l'état pathologique, et montre que des vues si fantaisistes devaient avoir fatalement pour résultat de lasser les médecins véritablement observateurs et de leur faire embrasser l'iatro-mécanisme, le sclidisme ou le vitalisme.

L'auteur se demande si l'humorisme ne repose donc sur rien et conclut que les liquides, faisant partie de notre corps, doivent pouvoir s'altérer primitivement et engendrer des maladies. Il fait comprendre que l'humorisme, pour être réellement scientifique, doit être basé sur la connaissance approfondie du sang et des sécrétions, et après avoir rappelé les grands noms des chimistes qui ont fondé l'hematologie, il indique les principales altérations du sang et les maladies qui en dérivent. L'humorisme, envisagé de cette manière, n'est plus une doctrine générale, mais persiste comme théorie pouvant rendre compte d'un certain nombre d'états morbides.

La seconde partie de ce travail est consacrée au rôle de l'humorisme dans les suites de couches, et, après avoir exposé combien était fausse l'opinion des anciens, qui rattachaient la plupart des accidents survenant chez les femmes récemment accouchées à des épanchements de lait, il démontre le rôle réel que l'altération des liquides, ou tout au moins du sang, peut jouer dans ces circonstances. C'est en effet par une altération primitive de ce liquide qu'il explique l'apparition de la phlegmasia alba dolens, l'éclampsie et la fièvre puerpérale.

8. *De la céphalotripsie tête dernière et de ses avantages dans les retrécissements du bassin.*

La conduite, que l'accoucheur doit tenir dans les retrécissements du bassin, est un des sujets les plus vastes que l'on puisse avoir à examiner; aussi l'auteur se garde-t-il bien de vouloir embrasser cette importante question dans son entier, et désire-t-il seulement faire connaître son opinion dans deux cas, dans les bassins mesurant de 8 cent. 1/2 à 7 cent., et dans ceux compris entre 7 et 5 cent.

Dans les bassins mesurant de 8 cent. 1/2 à 7 cent., l'auteur rappelle que les anglais font la version et que les français recourent plus volontiers au forceps, suivi, si on échoue, de l'opération césarienne ou de la céphalotripsie. Il est loin de blâmer les tentatives faites avec le forceps, puisque, dans ces limites, ce moyen compte un certain nombre de succès, mais ce qu'il ne comprend pas, c'est en cas de tentatives infructueuses avec cet instrument, de ne pas tenter la version au lieu de s'adresser de suite à une opération sanglante. Le seul argument, que l'on mette en avant pour ne pas essayer la version, est la difficulté plus grande que l'on éprouverait, dans les cas où la version n'aurait pu terminer l'accouchement, à pratiquer la céphalotripsie tête dernière, mais cette raison lui paraît insuffisante. En admettant même pour un moment, qu'une céphalotripsie entreprise dans ces conditions présente plus de difficultés, la possibilité d'extraire un enfant vivant vaudrait bien la peine d'encourir ce risque, mais l'auteur espère démontrer plus loin que la céphalotripsie base en bas ou tête dernière est plus facile que celle que l'on pratique la tête se présentant par le sommet.

Dans les retrécissements entre 7 et 5 cent., deux partis seuls peuvent être discutés, l'opération césarienne et la céphalotripsie, et les médecins qui se rangent à cette manière de faire, font la céphalotripsie le sommet en bas. L'auteur de ce travail

propose une pratique opposée et, s'appuyant sur la peine que l'on éprouve dans maintes circonstances à faire pénétrer le céphalotribe assez profondément pour briser la base du crâne, il préfère, si toutefois la main peut être introduite aisément, faire au préalable la version, de manière à amener en bas la base du crâne. L'auteur n'ignore pas, qu'en agissant ainsi, il ajoute à l'intervention un temps, mais cette manœuvre supplémentaire est largement compensée par la plus grande facilité avec laquelle on peut briser la base du crâne.

9. *La circoncision est-elle utile ?*

(In-8 de 262 pages).

Cette étude sur la circoncision étant le travail le plus étendu, sera exposée avec assez de détails. Cet ouvrage est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'examen de l'utilité de la circoncision, la seconde est relative au manuel opératoire de cette opération.

Pour pouvoir apprécier convenablement si la circoncision constitue réellement une pratique utile, l'auteur se pose trois questions :

1° *La circoncision offre-t-elle des avantages ?* Pour juger des avantages de la circoncision, l'auteur examine les inconvénients auxquels le prépuce peut donner lieu, et il envisage cette intéressante question, quand il y a phimosis et lorsque l'orifice préputial a ses dimensions normales.

A. Tous les accidents qui peuvent survenir chez les individus ayant un prépuce trop étroit sont étudiés avec soin, et, pour ne rien omettre, l'auteur les examine dans l'enfance, dans l'âge adulte, et pendant la vieillesse.

Les principaux chapitres ont trait à l'incontinence d'urine, à la stérilité, au paraphimosis (accident fréquent dans le phimosis peu serré), à la prédisposition aux maladies vénériennes, à un certain nombre d'accidents nerveux, bizarres, enfin à la balano-posthite diabétique. Quel-

ques-uns de ces chapitres méritent de fixer l'attention. — Dans le chapitre relatif à la contagion des affections chancreuses, l'auteur rappelle que, contrairement à ce qui se passe pour la blennorrhagie, les chancres ne se développent que quand il y a solution de continuité (Expériences de Caillerier), et tout en reconnaissant que le pus chancreux peut faire par lui-même la voie d'entrée, il montre que le prépuce, en entretenant sur le gland une humidité permanente, est éminemment favorable aux éraillures dont l'importance, au point de vue de la contagion, est si grande.— L'étude des chancres sous-préputiaux comprend aussi de longs développements. Les chancre mous, déjà si difficiles à guérir quand ils peu vent être pansés, sont encore bien plus rebelles quand ils sont emprisonnés sous un prépuce atresié, qui ne permet plus de les apercevoir ; non-seulement ils peuvent devenir gangréneux ou phagédénique, mais ils donnent assez souvent naissance à une balanite spéciale pouvant conduire aux abcès et à la gangrène. Les chancres indurés cachés sous le prépuce entraînent après eux moins de conséquences fâcheuses, toutefois ils peuvent subir les différentes dégénérescences signalées plus haut et donnent en tous cas fréquemment lieu à une balanite spéciale, qui a pour résultat de transformer le prépuce en une coque fibreuse. Un des derniers chapitres de cette partie de l'ouvrage est consacré aux accidents survenant sur le prépuce chez les personnes diabétiques. Cette balanite doit être présente à l'esprit de tous les médecins, car si, pour y remédier, on avait recours à la circoncision, des accidents les plus redoutables pourraient survenir à la suite de cette opération, d'ordinaire si bénigne. Or, comme cette balanite n'offre pas de caractères bien tranchés et que d'autre part, le diabète peut exister sans affirmer sa présence par des symptômes franchement révélateurs, l'auteur, à l'exemple de M. Beauvois, conseille, avant toute intervention chirurgicale, d'analyser l'urine de toute personne atteinte de phimosis, qui a dépassé cinquante ans.

B. Examinant ensuite le cas des personnes qui ont une ouverture préputiale normale, l'auteur reconnaît aisément que leur situation est incontestablement moins défavorable, puisqu'elles

ne sont sujettes ni à la stérilité, ni aux troubles nerveux, etc..., mais il cherche à démontrer que si une inflammation un peu violente survient, des désordres fâcheux peuvent en être la conséquence. Qu'un chancre, quelle que soit sa nature, se développe sur la face interne du prépuce et qu'il vienne à s'enflammer, deux choses se passeront : ou bien le prépuce sera repoussé en arrière et par suite des tiraillements qu'il éprouvera, il n'aura pas de tendance à se guérir rapidement et pourra même se gangréner, ou bien il sera ramené en avant et l'ouverture préputiale venant à se rétrécir, toutes les conséquences des chancres sous-préputiaux pourront apparaître.

La division entre les personnes atteintes de phimosis congénital et celles qui ont un limbe du prépuce normalement conformé n'est donc pas aussi réelle qu'on serait en droit de le supposer, puisqu'en cas d'inflammation un peu violente, ces dernières ne tarderont pas à être exposées à presque tous les accidents que l'on regarde trop souvent comme la conséquence d'une malformation congénitale.

2° *La circoncision peut-elle entraîner certains inconvénients* ? — A opposer à tous les accidents précités, l'auteur n'a pu reconnaître au prépuce qu'un seul avantage, celui de conserver sa finesse à la muqueuse balano-préputiale.

3° *La circoncision est-elle dangereuse* ? — En réunissant les attestations de différents rabbins, l'auteur a pu grouper 5,857 posthétomies sans qu'un seul revers ait été enregistré ; aussi tout en reconnaissant que l'opération de la circoncision peut, à la rigueur comme toute plaie, amener des accidents, il faut bien admettre qu'ils se produisent bien rarement.

Comme d'une part, le prépuce, quelle que soit sa disposition primitive peut entraîner des conséquences très fâcheuses et ne saurait offrir qu'un avantage bien minime, et comme d'un autre côté l'ablation de cet organe ne constitue pas réellement un danger, la conclusion s'impose d'elle-même ; aussi l'auteur regrette-t-il que l'usage de la circoncision ne soit pas passé dans les mœurs.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée exclusivement au

manuel opératoire de la circoncision. L'auteur expose les quinze procédés de circoncision complète qu'il a pu réunir et fait remarquer qu'une des préoccupations des chirurgiens, a été d'obtenir la section des différentes couches du prépuce à la même hauteur. Pour arriver à ce résultat on a conseillé d'attirer avant l'opération la peau vers le pubis (Vidal), d'appliquer strictement l'une contre l'autre la peau et la muqueuse (Cullérier), de traverser à l'aide d'une longue aiguille, près de la rainure balano-préputiale toute l'épaisseur du prépuce (Ricord), de saisir à l'aide de pinces à dents de souris la peau et la muqueuse du prépuce, sans toutefois au préalable exercer des tractions sur cet organe (Dolbeau).

C'est au procédé de Dolbeau que l'auteur se rallie, seulement au lieu de retrancher le prépuce sur une simple pince appliquée derrière les pinces à dents de souris, il se sert volontiers de la pince inventée par Mahieu et qui, grâce à une fenêtre ménagée dans l'épaisseur de ses branches, permet de passer des fils qui serviront plus tard à réunir les bords de la plaie : c'est assez dire que les serres-fines ne seront pas employées comme moyen de contention.

10. *Pathogénie de la syphilis.*

(Pli cacheté déposé à l'Académie, Septembre 1883).

Bien que par suite de la nature même de ce travail il est préférable de ne pas s'y arrêter longtemps, il est permis de dire qu'il est écrit dans le but de démontrer le rôle du chancre induré dans le développement de la syphilis. Depuis quelques années du reste, un changement assez grand s'est opéré dans l'esprit des syphiliographes français, qui jusque-là regardaient le chancre comme le résultat d'une infection générale primitive. En effet, quelques auteurs partisans de l'infection générale d'emblée, reconnaissent que certains faits sont un peu en contradiction avec cette théorie, et d'autres, tout en restant encore attachés à la

théorie de l'infection primitive, admettent que le chancre induré peut être pour quelque chose sur la production des phénomènes consécutifs. C'est là un grand pas vers la théorie qui regarde le chancre comme engendrant les accidents généraux.

11. *De la trachéotomie chez les enfants à l'aide du ténaculum à lames séparées.*

Ce travail est une étude critique des différentes méthodes de trachéotomie. Les chirurgiens d'aujourd'hui se divisent en deux camps : les uns procèdent sinon lentement, au moins couche par couche, les autres s'efforcent d'ouvrir la trachée rapidement et même d'une façon instantanée.

La trachéotomie rapide présente des avantages incontestables, puisque, avec elle, les accidents asphyxiques sont, pour ainsi dire, écartés, mais, frappé des conséquences qui peuvent survenir en cas de confusion entre les points de repère, l'auteur n'ose conseiller ce procédé. Si la trachéotomie était l'apanage exclusif de quelques chirurgiens émérites, familiarisés avec les connaissances anatomiques les plus délicates, la méthode rapide ne pourrait avoir de conséquences fâcheuses que dans les cas d'anomalie, rares il est vrai, dans la partie supérieure de la région sous-hyoïdienne, mais il n'en est pas ainsi; cette opération est, au contraire, une opération d'urgence que tout médecin peut avoir à pratiquer, et une erreur (facile à commettre) dans l'appréciation des points de repère peut être suivie des conséquences les plus graves. Tout en préconisant la méthode de lenteur, l'auteur est loin de la trouver exempte de tout reproche, aussi a-t-il fait construire un ténaculum à lames séparées, qui peut avoir pour effet d'inciser plus facilement la trachée et d'empêcher le sang de s'engouffrer dans l'orifice représenté par l'incision trachéale.

12. *Compte-rendu des Travaux de la Société de médecine du département du Nord pendant l'année* 1886.

Cette relation, comme toutes celles du même genre, n'est qu'un exposé des travaux des membres de la Société; cependant chaque fois que les communications ont présenté un intérêt spécial, l'auteur ne s'est pas borné à les signaler, mais a cherché également à les apprécier.

OBSERVATIONS

et Pièces anatomo-pathologiques intéressantes

13° *Plaie du pouce droit, ouverture dè l'articulation de la première avec la seconde phalange; réunion par première intention.*

(Bulletin médical du Nord, 1883).

Cette observation est remarquable à différents points de vue : elle démontre d'abord que l'on peut espérer conserver une partie qui n'est plus attachée que par un pont assez étroit, et elle prouve également qu'à la suite d'une plaie articulaire même fort étendue, les mouvements peuvent parfois revenir dans presque toute leur intégrité.

14° *Sarcome naso-pharyngien.*

(Bulletin médical du Nord, 1885).

Cette pièce est relative à un enfant qui présentait un volumineux sarcome naso-pharyngien. Ce sarcome envoyait un prolongement dans la fosse zygomatique et de là le néoplasme avait envahi l'orbite et l'étage moyen du crâne, où il constituait une tumeur de la grosseur d'une noisette, bien toutefois que le malade n'ait présenté de troubles cérébraux. La tolérance du cerveau pour les tumeurs développées lentement est digne d'intérêt, car en cas de productions bénignes du pharynx susceptibles d'être opérées, le chirurgien doit savoir qu'il peut être obligé de ne faire qu'une extirpation incomplète.

15° *Brûlure au premier degré, par le pétrole; mort le quatrième jour, après des convulsions; ulcérations multiples du gros intestin.*

(Bulletin médical du Nord, 1885).

Les exemples de lésions de l'intestin dans les brûlures étendues de la peau ne sont pas très rares, mais ces lésions ne dépassent pas d'ordinaire le duodenum et leur siège de prédilection est même tout près du pylore. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, il n'y avait que de rares lésions sur le duodenum et sur l'intestin grêle, mais le gros intestin était le siège d'altérations considérables. Dans la première partie du gros intestin surtout, on observait une série presqu'ininterrompue de plaques noirâtres, d'aspect gangréneux, mesurant de cinq à six centimètres de long sur trois de large. On s'était évertué à trouver des raisons anatomiques ou autres pour expliquer le siège spécial de ces ulcérations au duodenum; cette observation prouve que toutes les portions de l'intestin peuvent présenter les mêmes désordres. Il est vraisemblable que ces lésions, quel que soit leur siège, sont sous la dépendance d'un trouble nerveux.

16° *Albuminurie apparaissant dans le cours de plusieurs grossesses; expulsion du fœtus avant terme.*

Cette observation, fort curieuse, puisque sur cinq grossesses, la femme a été prise quatre fois d'albuminerie et expulsa quatre enfants avant terme, soulève une intéressante question. La mère devient-elle albuminurique et l'enfant empoisonné par le sang vicié vient-il à souffrir et à être expulsé, ou bien l'enfant primitivement malade, n'est-il plus susceptible de détruire la grande quantité d'albumine produite par la mère à ce moment, et l'albuminurie vient-elle à se montrer ? L'altération présentée

par le placenta au dernier accouchement et les boutons existant sur le corps de l'enfant à une couche précédente font plutôt pencher vers une maladie primitive de l'enfant.

17° *Trois cas d'ictère contagieux.*

(Bulletin médical du Nord, 1886).

Jusque dans ces dernières années, l'ictère catarrhal avait toujours été considéré comme une inflammation gastro-intestinale due soit à des écarts de régime, soit à une influence météorologique, inflammation se propageant vers le foie. M. Chauffard a envisagé l'ictère comme une maladie spécifique et les épidémies signalées par M. Kelsch dans différentes garnisons corroborent cette manière de voir. Ces trois cas d'ictère frappant à quelques jours d'intervalle les trois enfants d'une même famille, démontrent bien le caractère contagieux et par conséquent la spécificité de cette maladie.

18° *Malformation des organes génito-urinaires chez un nouveau-né présentant un bec de lièvre compliqué unilatéral et un omphalocèle.*

(Bulletin médical du Nord, 1886).

De toutes les malformations existant sur cet enfant à la bouche, à l'ombilic et sur les organes génito-urinaires, celles siégeant sur ces derniers organes étaient incontestablement les plus intéressantes : non-seulement la vessie manquait, mais les uretères se terminaient en cul-de-sac et les reins présentaient la dégénérescence kystique. La pathogénie des kystes du rein a été différemment comprise : les uns regardent ces kystes comme le résultat d'une néphrite fœtale ayant amené d'abord une oblitération des

tubes droits et consécutivement une dilatation des canalicules ; d'autres les considèrent comme la conséquence d'une hémorrhagie intra-glomérulaire ; enfin pour d'autres la dégénérescence kystique des reins serait le résultat d'une altération primitive de ces organes. La manière spéciale dont se terminent les uretères chez cet enfant éclaire, dans ce cas, la formation de ces kystes, et il est vraisemblable ici que sous l'influence de l'oblitération des uretères, les canalicules du rein se sont assez développés pour constituer des tumeurs kystiques.

INSTRUMENTS

19° *Appareil destiné au traitement des chancres mous par la chaleur.*
(Bulletin médical du Nord, 1884).

Cet appareil se compose d'une boîte rectangulaire en fer-blanc, d'une capacité de deux litres environ et munie de plusieurs ouvertures. Sur la face supérieure il existe deux orifices : un qui sert à introduire l'eau, l'autre laissant émerger le haut d'un thermomètre dont la partie inférieure plonge dans l'eau. Sur la face inférieure se trouve l'orifice destiné à l'écoulement de l'eau. Enfin une des faces latérales porte une ouverture assez grande (quatre centimètres environ de diamètre), sur le rebord de laquelle on vient adapter un manchon en caoutchouc destiné à recevoir la verge; l'extrémité du manchon opposée à l'appareil présente un diaphragme s'appliquant exactement sur la verge et s'opposant à la sortie de l'eau. Il est facile, en consultant le thermomètre, de maintenir l'eau du réservoir à une température sensiblement égale et lorsque les chancres sont restés trois heures environ dans une eau à 46 degrès, au bout de une ou deux séances, ils ont perdu leur virulence.

20° *Ténaculum double pour la trachéotomie.*
(Bulletin médical du Nord, 1885).

Le ténaculum à lames séparées se compose de deux parties : un corps et deux lames. Le corps est formé de deux tiges glissant l'une dans l'autre à l'aide d'un bouton ; quant aux lames recourbées à leur extrémité, elles se fixent à quelques millimètres l'une de l'autre, sur le bout des tiges. La trachée une fois ponctionnée, il suffit de pousser sur le bouton qui fait mouvoir l'une sur l'autre les tiges, pour que les lames de l'instrument s'écartent, entraînant chacune la portion de la trachée dans laquelle elle est implantée.